

METÁFORAS E MEDICAMENTOS, NOS ITINERÁRIOS DE SAÚDE / DOENÇA DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS

Júlia Maria Guilherme Ribeiro Antunes

Médica e Médica Dentista

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Assistente

julia@antunes.net

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.127>

Fecha de Recepción: 17 Febrero 2015

Fecha de Admisión: 30 Marzo 2015

RESUMO

A trajetória expansionista seguida pelo Medicamento desde o último século, está cada vez mais presente nas sociedades, ditas desenvolvidas, sendo perfeitamente inimaginável “a priori” o seu impacto em indivíduos, populações e economias, muitos têm sido os estudos desenvolvidos para aclarar toda esta fenomenologia.

A percepção acerca da problemática dos medicamentos, também passa pela compreensão de simbolismos e metáforas observadas, descritas e interpretadas em vários trabalhos, sendo que, no entanto trata-se de um fenómeno não completamente esclarecido, o que bem se compreende, dada a sua natureza complexa e multifactorial.

A metáfora está presente não só, na Filosofia e na Linguística mas também nos comportamentos da vida diária das pessoas, das comunidades, bem como, na linguagem, na estrutura das nossas precepções e sistemas conceptuais.

Foram escolhidas algumas metáforas acerca de medicamentos e questionada a concordância ou discordância de jovens universitários da área da saúde acerca destes conteúdos, com o objectivo de um melhor conhecimento das suas crenças e atitudes acerca dos medicamentos bem como da realidade social.

Concluimos, que por um lado, os conceitos que os Gregos associavam ao Pharmaton têm correspondência no mundo de hoje, ou seja, o medicamento encerra em si a capacidade de fazer bem e mal, quiçá, segundo as lógicas, conceitos e racionalidades mais prevalentes no momento, por outro, a prevenção quaternária e mesmo quinquenária adequam-se ao melhor controle desta problemática nas nossas sociedades.

Palavras chave: Medicamento, Metáfora, Prevenção Quaternária e Quinquenária

ABSTRACT

Metaphors and medicines, in the itineraries health / disease of young university students

The expansionary way followed by Medicines since the last century, increasingly present in said developed societies, it is quite unimaginable in such a way that many have been studies designed to clarify all this phenomenology.

The perception of medicines, also involves symbolism and metaphors observed, described and interpreted in several works, and yet it is one not completely understood phenomenon, which is understandable given its complex and multifactorial nature.

The metaphor is present not only in philosophy and linguistics but also in the daily life behaviour of individuals, communities as well, in language, in the structure of our perceptions and conceptual systems.

Some metaphors were chosen about drugs and questioned the agreement or disagreement of science health university students, about these contents, with a view to a better understanding of their beliefs and attitudes about drugs and social reality.

We conclude that on the one hand, the concepts of Greeks about Pharmaton have correspondence in today's world, that is, the drug carries with it the ability to do good and evil, perhaps according to the logical and more prevalent concepts and rationales at the moment on the other. Quaternary and even quinquenary prevention are the best control in our societies.

Key words : Medicine, metaphor, quaternary prevention, quinquenary prevention

INTRODUÇÃO/ OS ITINERÁRIOS DE SAÚDE E DOENÇA

As lógicas, racionalidades e contextos modulam os itinerários de saúde e doença, ao longo do tempo, assim, Hipócrates (sec.V-VI a.C) responsabilizou indivíduos e comunidades pela existência de doença, sendo o tratamento holístico amplamente preconizado incluindo banhos, dieta, massagens, ginástica e mesmo mudança de clima.

Com Descartes (sec.XVII) nasce o pensamento cartesiano, em que o corpo e a mente se separam dando origem ao dualismo analítico.

Chadwick(1839) conclui que a pobreza é um determinante de saúde e Bismark (1883) na Alemanha relaciona trabalho e saúde, tornando obrigatório o seguro de saúde pago pelos próprios trabalhadores.

Karl Marx e Engels (1845), defendem uma total transformação da sociedade face às condições de trabalho, sendo que nos finais do sec. XIX, as consequências do desenvolvimento científico fazem-se sentir: sobrevive-se a doenças até então incuráveis, a esperança de vida não parou de aumentar até aos nossos dias modificando-se mesmo, o perfil epidemiológico das doenças.

Nos anos 60 e 70 surgem iniciativas que promovem o “empowerment” dos cidadãos na tomada de decisões na saúde. Em 1974, o relatório Lalonde considera que a doença advém da relação entre factores genéticos, ambiente, estilo de vida e serviços de saúde.

Hafden Mahler (1977), um dos responsáveis pelo Movimento dos Cuidados de Saúde Primários colocou a questão da equidade que surge com as “Metas da Saúde para Todos no Ano 2000”.

A OMS (1984) sublinha que só com as pessoas se pode dar um notório impacto no desenvolvimento dos padrões de saúde.

Tones(2002) reconhece limitações da medicina face aos padrões de doença, nomeadamente nas doenças crónicas em que os custos sobem vertiginosamente, e reconhece a importância dos estilos de vida e comportamentos saudáveis na manutenção da saúde.

A Conferência do Rio (1992) sobre Ambiente e Desenvolvimento foi um incentivo à Agenda 21 que motiva a participação social e a implementação de medidas para um desenvolvimento susten-

tável (United Nations, 1993), incluindo uma abordagem holística do desenvolvimento: espiritualidade, empowerment, sociedade, ambiente e economia.

A estratégia da OMS 21(1998) trouxe como objectivos reduzir a doença com o aumento do potencial de saúde, através da equidade, parcerias e segurança ambiental (OMS, 2004).

A carta de Bangkok em 2005, defende planos de acção orientados para os determinantes da saúde e para a monitorização do desempenho através de indicadores e metas.

Finalmente, a mudança para o paradigma salutogénico, conduziu ao modelo de saúde socio-ecológico e ao conceito positivo de saúde. Na declaração de Adelaide sobre saúde em todas as políticas (WHO, 2010), salienta-se o seu papel para resolver problemas sócio-económicos, particularmente complexos.

Dennis Raphael, (2006), chama a atenção para os vieses que considera existir quando a abordagem não equaciona a multidimensionalidade dos problemas e se dirige ao indivíduo numa perspectiva biomédica centrada nos estilos de vida, por vezes mantida no tempo pela imprensa com artigos dirigidos ao grande público.

As lógicas economicistas são actualmente um desafio permanente, diário e continuo na maior parte das sociedades ditas desenvolvidas. Para chegarmos a bom porto, necessitamos de implicar os próprios cidadãos tanto nos auto cuidados como na prevenção e promoção da saúde (Oliveira, 2004).

Actualmente, tanto pacientes como prestadores, colocam a tónica na metáfora do “aqui e agora” com todos os perigos que podem ocorrer, pois podemos contrapor que “depressa e bem” é do conhecimento comum que não o faz ninguém.

Por outro lado acrescenta-se o contacto permanente, continuo e diário com novas ideias e novos actores, como a internet, que podem influenciar tanto ou mais do que um médico no seu gabinete de consulta.

Seguidamente, vamos ver o despertar de diversas realidades problemáticas ou não, bem como de novos conceitos e filosofias nos itinerários de saúde/doença.

O “ICEBERG CLINICO”

Nas sociedades ocidentais e na segunda metade do séc. XX, descobre-se o chamado “iceberg clínico” ou seja a enorme proporção de casos de doença que não chegam à Medicina, podendo representar 70-80% dos casos (Helman, 2000).

Quando o paciente consulta o médico, já elaborou um modelo explicativo da sua doença (Kleinman, 1980), coerente com a sua cultura, mas que não é uma explicação acabada e rígida, mas é um modelo dinâmico que vai integrando novos conhecimentos resultantes de novas informações e experiências. E aqui inicia-se uma negociação entre as explicações do médico e do paciente, (Kleinman, 1988).

É que não devemos esquecer que, como lembra Cassell (1997), as pessoas têm personalidade e carácter, têm um passado, experiências de vida anteriores, laços familiares, origens culturais, papéis sociais, comportamentos habituais, redes de relações sociais, visões sobre o mundo e expectativas de futuro.

Na resposta à doença tudo isto está presente e quando se dirige ao médico é apenas um corpo que sobretudo aspira ao alívio do sofrimento de forma prioritária mais do que obter um diagnóstico técnico que de certa forma se torna discordante das expectativas leigas, enfim, podemos dizer que os médicos tratam doenças-patologia enquanto que o doente sofre de doenças- sofrimento.

Faizang (1997), refere a existência de **estratégias paradoxais** dos doentes em que a ida à consulta obedece mais a objectivos sociais de que terapêuticos. E aqui encontramos a realidade da “não adesão ao tratamento”, ou a não realização dos exames complementares de diagnóstico. Para que

haja concordância e harmonia é necessária uma visão concordante da parte de paciente e médico acerca do processo saúde/doença.

O MÉDICO O PACIENTE O MEDICAMENTO

Na gestão dos itinerários de saúde – doença, o médico e o medicamento desempenham um papel fundamental nas nossas sociedades, principalmente devido, à medicalização crescente da vida diária, correntemente designada, promoção da saúde/ prevenção, se considerarmos toda a quantidade de exames e rastreios clínicos regulares habitualmente associados.

A crescente facilidade com que manipulamos medicamentos deslocou, o conceito de bem raro, para produto de uso generalizado e cada vez mais acessível traduzido na habitual metáfora de Balint (1970) “o medicamento é o médico “para“ o médico é o medicamento” formulada mais tarde por Cockx nos anos 80 (in Van der Geest e White, 1989)

Os medicamentos acompanham-se de categorizações leigas como, “os medicamentos fazem bem a uma coisa e mal a outra”, “medicamentos fracos e fortes”, “de aplicação interna e externa”, o que não tem remédio, remediado está, são aspectos que dão colorido aos itinerários de saúde e doença, simbolizando o risco, e assim, assumindo controle dos consumos.

São cada vez mais consumidos, sob eles recaem as expectativas de cura ou de alívio, constituem às vezes a primeira opção, e se não resolverem procura-se o médico.

Tanto pacientes como médicos estão expostos às racionalidades e irracionalidades da utilização de medicamentos que se centram por vezes em lógicas complexas, muito afastadas da racionalidade científica e médica.

É na consulta médica que se cria o espaço de empatia enegociação tão necessários boa prescrição

Cada ano, morrem na Europa 197 000 pessoas por efeitos secundários dos medicamentos, e em França, os efeitos indesejáveis representam a primeira causa de hospitalização. O estudo EMIR, mostrou que os medicamentos mais frequentemente implicados são do sistema nervoso, seguindo-se os cardiovasculares, antineoplásicos e imunomoduladores.

Nas pessoas idosas o risco de queda devido à medicação não é negligenciável, sendo a taxa de hospitalização de 5 % nos maiores de 65 anos devido à medicação.

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E QUINQUENÁRIA

Numa sociedade que diagnostica muitíssimo, medica muitos mais, gasta recursos sem critério a prevenção quaternária surge como uma ilha “a salvo” de manipuladores na área da saúde!

Trata-se de um conceito e uma nova filosofia no mínimo corajosa que ousa desafiar paradigmas há muito instituídos:

“esperar para ver”

Ser cuidadoso com a colocação de rótulos

Evitar a sobremedicalização

Evitar o pedido de exames complementares de diagnóstico excessivo

Evitar a corporação técnico-farmacêutica

E que dizer da tão jovem prevenção quinquenária?

A prevenção quinquenária como refere Santos (2014), sublinha o facto de profissionais de saúde sem levados no seu dia a dia ao aumento do número de pacientes, encurtamento do tempo de consulta, sobrecarga de horas extraordinárias o que na verdade poderá ser rentável para a instituição e aumentar a acessibilidade às consultas. Trata-se aqui de resultados intermédios porque o resultado final é duvidoso, no mínimo. PREVENIR O DANO no paciente actuando no médico no seu campo biopsiosocial. As organizações prestadoras devem cuidados de saúde responsáveis pela

melhoria continua da qualidade dos seus serviços e pela garantia de de elevaos padrões de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos.Estarão a proceder assim? Tal como nas outras categorias preventivas a evicção do dano para o paciente constitui o objectivo tanto final como primordial!

METAFORAS E MEDICAMENTOS

A metáfora está presente não só, na Filosofia e na Linguística mas também nos comportamentos da vida diária das pessoas, das comunidades, na linguagem, na estrutura das nossas precepções e sistemas conceptuais.

Alguns estudos de comportamento em saúde e doença têm-se dedicado ao estudo das metáforas, analisando a sua natureza e função no uso de medicamentos, contribuindo para um melhor conhecimento das crenças e atitudes acerca dos medicamentos.

A metáfora é transmissora de conhecimento, um conhecimento genuíno.

Para os Gregos o termo *Pharmakon* podia significar, remédio, veneno ou magia.Os antibióticos representaram “drogas milagrosas” nos anos 30 e 40 do séc XX.Alguns medicamentos, são dirigidos a receptores específicos, como se fossem misseis outros como a coca são “plantas divinas”, tal como o tabaco na Europa no início do séc XXVII.

Em 1860, Baudelaire considerou o Opium um “peaceful seductor, mas há quem considere os medicamentos cápsulas mágicas, tónicos, combustível, energia, mesmo a solução de um problema, uma forma de ajuda, pacificação, consolo, até um paraíso seguro sem stress, ou um obstáculo, uma prisão um inimigo, representação da morte, doença, peste, veneno, ou mesmo um estilo de vida ou aceitação social. (Montagne, 1988)

A verdade é que ao longo do tempo os medicamentos foram representados por uma grande quantidade de metáforas e símbolos que variam com os contextos, as lógicas e racionalidades dos indivíduos envolvidos, serão no entanto o sinal visível do poder da tecnologia bem como da capacidade de cura do médico.

Frequentemente a investigação operacionaliza-se em contextos de doença, incapacidade para a vida activa, estigmatização social de maior ou menor complexidade e esquecemos aqueles que supostamente estão ainda saudáveis: é necessário também conhecer o seu pensamento, a sua prática e atitudes!

O que pensarão os estudantes universitários da área da saúde sobre metáforas acerca de medicamentos? Concordam? Discordam?

Teorizada esta problematização passamos ao estudo empírico.

MATERIAL E MÉTODOS

A unidade de observação foi “aluno de curso de Ciências da Saúde”. Neste caso responderam os alunos dos cursos de Cardiopneumologia, Radiologia, Terapia da Fala e de Fisioterapia, Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica e Prótese Dentária.

Os questionários foram aplicados em sala de aula visando a maior concentração de jovens em ambiente tranquilo no local de reflexão com vista ao seu melhor preenchimento.

Foi realizado um pré-teste a 50 jovens, previamente, clarificando alguns afinamentos pontuais para o formato definitivo. Os questionários foram aplicados na totalidade pela investigadora a 502 alunos.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Esta amostra não é probabilística nem representativa. O conjunto de indivíduos do nosso estudo foi escolhida por conveniência.

Se a investigação é do tipo descritivo, exploratório, podem ser utilizadas amostras não aleatórias, uma vez que não se pretende realizar uma análise crítica dos dados apurados, para daí inferir e extrapolar para a população que está a ser objecto de investigação. Os estudos descritivos/exploratórios são desenhados para problemas novos ou pouco estudados nos quais se pretende saber como abordar e estudar os fenómenos em causa,

Como referem as Ciências Sociais “... não podemos esquecer as diferenças existentes entre amostra, estatisticamente e teoricamente representativa. À primeira exige-se que permita definir relações na distribuições dos inquiridos por categorias e a segunda que descubra novas categorias teoricamente pertinentes...” (Silva, 1986)

No quadro que segue descreve-se sucintamente a amostra:

Quadro 1: Amostra

| | |
|----------|-------|
| Mulheres | 76,7% |
| Homens | 21,9% |
| N/A | 1,4% |

Neste estudo as mulheres representam 76,7% da amostra, contra 21,9% de homens. Isto é concordante com a frequência feminina cada vez maior do Ensino Superior de Ciências da Saúde. A média de idades femininas e masculinas (18/21) adequa-se com o estatuto de jovem estudante universitário.

TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi feito com recurso ao programa de análise SPSS para Windows, versão 15.0.

Numa primeira fase foram eliminadas todas as respostas incompletas e colectadas as respostas válidas às quais se aplicou a análise de componentes principais.

RESULTADOS

À pergunta “ na sua opinião os medicamentos são”, havia no questionário oito afirmações (V49-V56), com as quais se podia concordar ou discordar utilizando uma escala de Likert.

A análise das correlações existentes entre as variáveis, mostra que são significativas a algum dos níveis habituais (5% ou 1%) não se tratando, portanto, de correlações espúrias. Na análise foram usados os dados de todos os casos recolhidos.

Quadro 2

| Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett | | |
|--|---------------------|---------|
| Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin. | | 0.758 |
| Teste de esfericidade de Bartlett | χ^2 aproximado | 925.228 |
| | df | 28 |
| | Sig. | 0 |

O valor da medida “Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin” varia entre 0 e 1, sendo tanto mais favorável quanto mais se aproximar de 1. É geralmente aceite que o seu valor mínimo deva ser 0.6 pelo que o valor calculado é aceitável.

Como o “Teste de esfericidade de Bartlett” leva à conclusão de que a matriz de correlações entre as variáveis não é uma matriz identidade, os resultados destes dois testes asseguram que a análise prossiga por os seus pré-requisitos serem satisfeitos.

No Quadro 3 mostram-se as comunalidades, isto é, a percentagem da variância de cada variável que é explicada pelos factores extraídos (por cada uma das características comuns não directamente observáveis) e que neste caso são bastante elevados. A análise inicia-se sempre pela identificação de tantas componentes quantas as variáveis em estudo.

Quadro 3 – Comunalidades

| Comunalidades | | |
|---|---------|-----------|
| Componente | Inicial | Extracção |
| 1 | 1 | 0.438 |
| 2 | 1 | 0.470 |
| 3 | 1 | 0.533 |
| 4 | 1 | 0.485 |
| 5 | 1 | 0.613 |
| 6 | 1 | 0.606 |
| 7 | 1 | 0.728 |
| 8 | 1 | 0.423 |
| Método de extracção: Análise de componentes principais. | | |

O problema que segue é identificar quais as componentes que se devem reter e quais as que se devem ignorar.

Há dois critérios normalmente usados:

- a) o dos valores próprios (eigenvalues)
- b) o “scree plot”.

De acordo com a) devem ser seleccionadas as componentes cujo valor próprio é superior à unidade

Quadro 4 – Eigenvalues iniciais

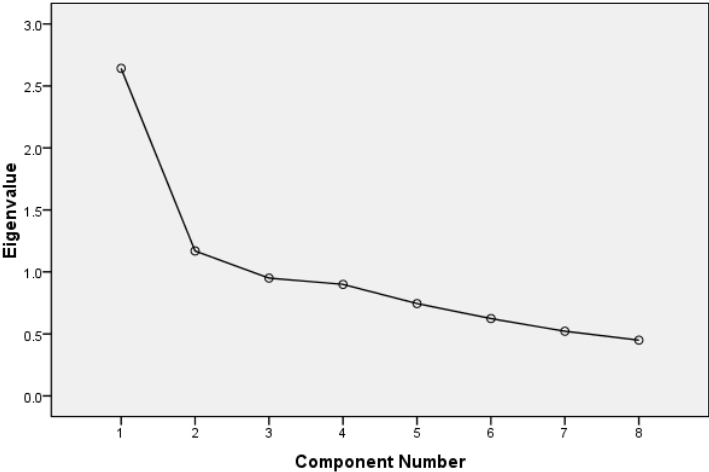
| Valor próprio (eigenvalue) inicial | | | |
|---|-------|----------------|-------------|
| Componente | Total | % da variância | % acumulada |
| 1 | 2.973 | 37.159 | 37.159 |
| 2 | 1.325 | 16.569 | 53.727 |
| 3 | 0.995 | 12.435 | |
| 4 | 0.751 | 9.382 | |
| 5 | 0.654 | 8.173 | |
| 6 | 0.485 | 6.061 | |
| 7 | 0.461 | 5.765 | |
| 8 | 0.357 | 4.457 | |
| Método de extracção: Análise de componentes principais. | | | |

Que, de acordo com os resultados do quadro acima, significa que se devem extrair as duas primeiras componentes.

O “scree plot” apresenta-se de seguida e, de acordo com o critério correspondente, devem ser extraídas as componentes até ao ponto onde o diagrama começa a ficar paralelo o eixo dos xx o que, novamente leva a considerar a extracção das componenetes 1 e 2:

Diagrama 1

Scree Plot



A composição das duas componentes principais, antes e depois de uma rotação dos eixos (processo Varimax) proporciona os seguintes resultados:

Quadro 5 – Composição total das componentes principais, antes e depois da rotação

| | Antes da rotação | | Depois da rotação | |
|--|------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Componente 1 | Componente 2 | Componente 1 | Componente 2 |
| V49_ Cápsulas mágicas | 0.626 | 0.215 | 0.458 | 0.478 |
| V50_ Tónicos, combustível, energia | 0.666 | 0.162 | 0.518 | 0.449 |
| V51_ Solução de um problema | 0.212 | 0.699 | -0.132 | 0.718 |
| V52_ Forma de ajuda, pacificação, consolo | 0.410 | 0.564 | 0.106 | 0.689 |
| V53_ Um paraíso seguro sem stress | 0.777 | 0.095 | 0.647 | 0.441 |
| V54_ Um obstáculo, prisão, inimigo | 0.665 | -0.406 | 0.778 | -0.056 |
| V55_ A morte, doença, peste, veneno | 0.685 | -0.509 | 0.842 | -0.130 |
| V56_ Um estilo de vida, aceitação social | 0.639 | -0.120 | 0.623 | 0.187 |
| Método de Extração: análise de componentes principais. Método de rotação Varimax com normalização de Kaiser. | | | | |

Finalmente, traduzindo correntemente os resultados do quadro acima, as conclusões que se podem tirar do Quadro F1 são as seguintes

Quadro 6 – Caracterização das componentes principais

| Componente 1 | Componente 2 |
|--|---|
| V50 - Tónicos, combustível, energia | |
| V53 - Um paraíso seguro sem stress | |
| V54 - Um obstáculo, prisão, inimigo | |
| V55 - A morte, doença, peste, veneno | |
| V56 - Um estilo de vida, aceitação social | |
| | V49 - Cápsulas mágicas |
| | V51 - Solução de um problema |
| | V52 - Forma de ajuda, pacificação, consolo |
| Em resumo: | |
| Os medicamentos são encarados de dois pontos de vista opostos: são energia, paraíso, aceitação social mas também parecem ser prisão, morte | Os medicamentos só apresentam aspectos positivos: têm algo de mágico, são solução e são ajuda, pacificação, consolo |

CONCLUSÕES

Como estudo exploratório não lhe podemos conferir o rigor necessário para extrapolar conclusões para o universo correspondente a este grupo etário.

O conhecimento social tem também um lado simbólico ou metafórico que convém não esquecer e que aqui foi posto em evidência. Trata-se de um conhecimento genuíno que é transmitido, adquirido com dinâmicas próprias que procuramos conhecer.

Podemos concluir que o conceito e filosofia ácerca do “Pharmacon” dos Gregos está presente neste estudo, pois tal como eles o consideravam sinónimo de cura, remédio e veneno, também os estudantes universitários lhe reconhecem energia, paraíso, aceitação social e paralelamente morte, doença, peste, veneno.

Esta dualidade mantém-se não só nesta análise metafórica, mas em mitos espaços de opinião da vida diária como “ não há bela sem senão” no melhor pano cai a nodoa”, estamos entre o bem e o mal. É o mundo dualista de Descartes, do qual parecemos ser herdeiros.

Verificamos, que consideram também o medicamento de uma forma positiva, como ajuda, pacificação, consolo, solução de um problema, e magia. É natural que assim pensem, são estudantes da área da saúde.

Estas metáforas são importantes na construção da realidade social, os estudantes universitários parecem exibir uma capacidade de adaptação a diferentes ideias e como são tipicamente bem educados, saudáveis, são um grupo relativamente homogéneo e privilegiado relativamente a cultura e “status” socioeconómico, constituem sem dúvida, um potencial de liderança futuro que poderá influenciar com alguma facilidade outros grupos sociais em diversos momentos do ciclo de vida, assumindo o papel de agentes de mudança.

Este estudo poderá ser inspirador de outros que investiguem outras metáforas, que são símbolos genuínos do conhecimento.

BIBLIOGRAFIA

- Mahler, H (1987). World health for all to be: address to the fortieth World Health Assembly, Geneva, 5 may, 1987. Geneva : WHO, 1987
- Tones, K (2002). Health promotion, health education and the public health .In: Oxford Text Book of Public Health. Vol. 2 : Methods of Public Health. Oxford : University Press 829-863.
- Oliveira, C C (2004). Auto- organização, educação e saúde. Coimbra: Ariadne Editora.
- Raphael, D (2006). Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. International Journal of Health Services 36:4, 651-677.
- Agnew, O.A. (1984). Coming-up of air: consumer culture in historical perspective. In: Consumption and the World of Goods, London, Routledge.
- Balint, M. (1998). O médico, o seu doente e a doença. Lisboa, Climepsi Editores.
- Blech, J. (2006). Os inventores de doenças. Porto, Ambar.
- Bodou, E. (2008). Les nouveaux paradigmes de la santé. Bruxelles, Éditions Larcier.
- Britten, N. (1996). Lay views of drugs and medicines; orthodox and unorthodox accounts. In Williams, S.J., Calnan, M (orgs.). Modern medicine-lay perspectives and experiences. London, UCL Press, pp.48-73.
- Cabral, M.V., Silva, P.A. (2002). Saúde e doença em Portugal. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Cant, S. & Sharma, U. (1999). A new medical pluralism-Alternative medicine. Doctors Patients and the State. London, UCL Press
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. International Journal of Health Services, vol.10, 3, pp. 184-189.
- Czeresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. Cadernos de Saúde Pública, 15: 4701-709.
- Dean, K. (1981). Self-care responses to illness: a selected review. Social Sciences & Medicine, vol.15A, pp.673-687
- Dupuy, J.P., Karsenty, S. (1974). A invasão farmacêutica. Lisboa, Editorial Presença.
- Epp, J. (1986). Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: Promooción de la salud: Una antologia, Publicación Científica 557, pp 25-36, Washington, DC, OPS
- Featherstone, M. (1991). The body in consumer culture. In Featherstone, M., Hepworth, M., Turner, B. (eds), The body – Social Process and Cultural Theory. London, Sage, pp. 170-196.
- Fernandes, M. (2008). A saúde também se educa. Lisboa, Instituto Piaget.
- Funès, P. (2008). Médecin malgré moi. Paris, Le cherche midi. Gendron.
- Gérvas J. (2006). Moderación en la actividad médica preventiva e curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención quaternária en España. Gac Sanit 2006 Mar; 20 Supl 1: 127-34.
- Gérvas J., Fernandez, M.P. (2003). Genética y prevención quaternária : el ejemplo de la hemacrotosis. Aten Primaria 2003 Jul 30; 32 (3): 158-62.
- Gérvas J., Fernandez, M.P. (2005). Aventura y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. Aten Primaria 2005 Feb 15; 35 (2): 95-8.
- Gotzsche, P.C. (2002). Commentary: Medicalisation of risk factors. BMJ 2002 Apr 13; 324 (7342): 890-1.
- Jamoulle, M. (2000). Quaternary prevention: prevention as you never heard before. Maloigne SA.
- Lalonde, M. (1978). El pensamiento del Canadá respecto de las estrategias epidemiológicas en salud. Boletim da Oficina Sanitária Panamericana, 84 (3).
- Leavell, H. & Clark, E.G. (1976). Medicina Preventiva. S. Paulo: Editora McGraw-Hill.
- Lowenberg, S., Davis, F. (1994). Beyond medicalization-demedicalization: the case of holistic health. Sociology of Health and Illness, vol.16 ,n 5, pp.579-599
- Lupton, D. (1996). Food, the body and the self. London, Sage.

- Melo, M. (2007). A prevenção quaternária contra excessos da medicina. *Rev Port Clínica Geral* 2007 Mai-Jun; 23 (3): 289-93
- Montagne, M. (1988). The metaphorical nature of drugs and drug taking. *Social Sciences & Medicine*. Vol.26, 4, pp. 417-424.
- Morgan, M. (1996). Perceptions and use of anti-hypertensive drugs among cultural groups. In Williams, S.J., Calnan, M. (orgs), *Modern Medicine, lay perspectives and experiences*. London, UCL Press, pp. 95-116.
- Moynihan, R., Heath, I., Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 886-91.
- Pignarre, P. (1977). *Q'est-ce qu'un médicament? Un objet étrange entre science marché et société*. Paris, Editions La Découverte.
- Pita, J. R. (1996). *Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal (1772-1836)*. Coimbra, Livraria Minerva.
- Ribeiro, JLP. (2005). *O importante é a Saúde*. Fundação Merck, Sharp & Dome. Shilling, C. (1993). *The body and social theory*. London, Routledge.
- Terris, M. (1987). *Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades em la teoria de la salud publica*. Ginebra, OMS.
- Van deer Geest, S.; White, S.R. (1989). The charm of medicines: metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, vol.3 (4), pp.345-367. Verweij, M. (1999). Medicalization as a moral problem for preventative medicine. *Bioethics* 1999 April; 13 (2): 89-113. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, Nº1, 2010. ISSN: 0214-9877. pp:443-456
- Vuckovic, N.; Nichter, M. (1997). Changing patterns of pharmaceutical practice in the United States. *Social Sciences & Medicine*, vol.4, n 9, pp.1285-1302
- Williams, S.J., Calnan, M (orgs) (1996). *Modern medicine-lay perspectives and experiences*. London, UCL Press.
- World Health Organization (1985). *As metas da Saúde para todos*. Traduzido pelo Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- World Health Organization (1986). *Health and Welfare Canada*. Canadian Public Health Association – Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa (Ontario), World Health Organization and Welfare Canada. Canadian Public